

Особенности умственного развития детей младшего школьного возраста с церебральным параличом (аналитический обзор литературных источников)

Твардовская А.А.

аспирантка МГГУ

Детский церебральный паралич представляет собой обобщенный термин, объединяющий группу непрогрессирующих заболеваний нервной системы, возникших вследствие недоразвития или повреждения мозга на ранних этапах онтогенеза (Л.О.Бадалян, 1988). В настоящее время ясно, что термин "церебральный паралич" не отражает многообразия и сущности имеющихся при этом заболеваниях неврологических нарушений, однако его широко используют в мировой литературе, поскольку другого термина, всесторонне характеризующего эти патологические состояния, до настоящего времени не предложено. Их объединение в нозологическую группу позволяет планировать организационные мероприятия, направленные на раннюю диагностику и лечение ДЦП, так как данная проблема имеет не только медицинское, но и социальное значение (Л.О.Бадалян, 1988).

Первое клиническое описание детского церебрального паралича было сделано В.Литтем в 1853 году. Однако разработка термина «детский церебральный паралич» принадлежит З.Фрейду. В 1893 году он предложил объединить все формы спастических параличей внутриутробного происхождения со сходными клиническими признаками в группу церебральных параличей. В 1958 году на заседании ВОЗ в Оксфорде в Международной классификации болезней утвердили этот термин и дали следующее определение: «Детский церебральный паралич – это не прогрессирующее заболевание головного мозга, поражающее его отделы, которые ведают движениями и положением тела, заболевание приобретает на ранних этапах развития головного мозга»

На современном этапе изучения детей данной категории важной вехой в становлении взглядов на ДЦП было проведение в июле 2004 года в г. Мериленде (США) Международного семинара по проблеме церебрального паралича. Участники этого семинара подчеркивали, что ДЦП является не этиологическим диагнозом, а клиническим описательным термином. По результатам работы научного семинара предложено было следующее определение: «Детский церебральный паралич обозначает группу нарушений развития движений и положений тела, вызывающих ограничения активности, которые вызваны не прогрессирующим поражением развивающегося мозга плода или ребенка. Моторные нарушения при ДЦП часто сопровождаются дефектами чувствительности, когнитивных и коммуникативных функций, перцепции и /или поведенческими и/или судорожными нарушениями».

В клинической картине ведущим симптомом при ДЦП является двигательные нарушения, к которым в большей части случаев присоединяются нарушения психики, речи, зрения, слуха. Ведущие ученые (Л.О.Бадалян,1984; Л.А.Данилова,1977, Л.Г.Журба, 1991, М.В.Ипполитова,1933, К.А.Семенова, В.М.Мастюкова,1981 и др.) раскрывают в своих работах этиологию, причины ДЦП, а также указывают на структуру двигательных и речевых нарушений, классификацию форм данного заболевания. Все авторы приводят следующую клиническую картину ДЦП:

- наличие двигательных нарушений, вызванных поражением двигательных зон коры головного мозга;
- мозаичный характер поражения;
- поражения на ранних стадиях онтогенетического развития;
- отсутствие прогредиентности.

Вопрос о многообразии клинических проявлений, патологических синдромов, возникающих при данном заболевании рассматривался сквозь призму различных классификаций, на основе клинических критериев. Много лет ведутся поиски и разработка оптимальной классификации ДЦП. В мировой литературе предложено более 20 классификаций данного нарушения. Так, первой четко оформленной классификацией ДЦП стала классификация З.Фрейда, в которой выделены впервые типы ДЦП, впоследствии положенные в основу всех последующих классификаций: гемиплегия, церебральная диплегия, генерализованная ригидность, параплегическая ригидность, двусторонняя параплегия, генерализованная хорея, двойной атетоз. В России в основе современной классификации используется классификация, разработанная К.А.Семеновой: спастическая диплегия, двойная гемиплегия, гемипаретическая форма, гиперкинетическая форма, атонически-астатическая форма.

После 60-х годов XX века появилось много работ, посвященных изучению познавательного и речевого развития. В основном это были работы по вопросам нейропсихологического изучения детей с ДЦП. Данные исследования познавательной деятельности детей с ДЦП показывают, что важным звеном нарушений являются несформированные по возрасту отдельные корковые функций, проявляющиеся, прежде всего, в недостаточности пространственных представлений (Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В.). В ходе проведенных нейропсихологических исследований (Е.Л.Вассерман, 1998, 1999; И.Ю.Левченко,2001;И.И.Мамайчук,2004) отмечено, что у младших школьников с церебральным параличом наблюдаются нарушения зрительно-пространственной организации движений, зрительного гнозиса, слуховой памяти, конструктивного праксиса, функций активного внимания.

На нарушение высших психических функций у детей с ДЦП указывала также в исследовании Т.Н.Осипенко (1993), где автор отмечает недостаточность гностико-практических, интеллектуально-речевых и мнестических функций. Чаще выявляется при различных формах ДЦП кинестетическая (64%) и зрительно-пространственная (32%) диспраксия. Выраженные дисфункции поведения и мышления являются следствием нарушения произвольной регуляции поведения (40%). Нарушения сенсорных функций отмечались по типу пространственной (18%), слуховой (12%) и реже зрительной (3%) дисгнозии. Частота нарушения мыслительных процессов (9%) по невербальному типу больше, чем по вербальному. Выше описанные проявления нарушения высших психических функций становятся особенно заметны у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста, так как этим системам в указанные возрастные периоды предъявляются максимальные требования в связи с началом обучения детей грамоте.

Исследование структуры интеллектуальных нарушений у детей с церебральным параличом, проведенное Е.М.Мастюковой, Л.И.Переслени, М.С.Певзнер (1989) позволило говорить, что разнообразные по характеру отклонения в развитии высших психических функций при данном нарушении зависят от локализации и степени поражения ЦНС на ранних этапах пре- и постнатального развития. Так, было выявлено, что повреждение глубинных структур мозга вызывает более тяжелые нарушения в познавательной деятельности, которые характеризуются низкой результативностью решения мыслительных задач, слабости запечатления и воспроизведения информации. А при диффузных повреждениях, преимущественно моторных зон коры головного мозга выраженных нарушений познавательной деятельности не выявилось, и даже в 50% случаев интеллект был сохранным.

Представляет интерес нейропсихологическое исследование И.И.Мамайчук (1992), выявляющее особенности структуры и уровня интеллекта у детей младшего школьного возраста с ДЦП (по детскому варианту методики Векслера и нейропсихологической методике А.Р.Лурии) со спастической и гемипаретической, гиперкинетической формами, в ходе которого получены как количественные, так и качественные различия в сравнении с нормами развития детей этого возраста. Так, при *спастической диплегии* у детей возникают трудности при выполнении заданий на выявление особенностей наглядно-образного мышления, что подчеркивает недоразвитие зрительно-пространственных функций у больных этой формы с ДЦП. У детей с *гемипаретической формой* в зависимости от локализации поражения (правое или левое полушарие) показатели интеллекта ниже, чем у здоровых детей. Но у детей с *левосторонним гемипарезом* ведущим в структуре дефекта является недоразвитие зрительно-пространственного анализа и синтеза, перцептивных обобщений. У детей с *правосторонним гемипарезом* более

высокие результаты при выполнении невербальных заданий, но грубых нарушений зрительно-пространственного анализа и синтеза в отличие от группы детей с левосторонним гемипарезом у них не наблюдалось. Эти данные говорят о высокой значимости правого полушария для развития высших корковых функций. У детей с *гиперкинетической формой* выраженных нарушений ВПФ не наблюдается. Снижение объема слухоречевой памяти связано с недоразвитием экспрессивной речи. Таким образом «разные формы ДЦП у детей различаются не только частотой интеллектуальных нарушений, но и качественным своеобразием структурообразования психических функций в зависимости от степени и тяжести поражения головного мозга» отмечает И.И.Мамайчук.

В исследованиях К.А.Семенов(1979), Э.С.Калижнюк (1987) и Е.М.Мастюковой (1985, 1997) указывается, что отсутствует взаимосвязь между степенью выраженности двигательных и психических нарушений. Так, тяжелые двигательные расстройства могут сочетаться с легкой задержкой психического развития, а минимальные двигательные нарушения - с выраженным недоразвитием интеллекта. Во многих исследованиях указывается, что отсутствие практической деятельности, пассивный образ жизни детей с церебральным параличом, способствует развитию односторонней направленности интересов, преобладания вербального мышления над практическим. Но вербальные функции, как указывает И.Ю.Левченко, не оказывают существенного влияния на общее развитие интеллекта. С возрастом у детей с церебральным параличом достаточно развитые вербальные функции остаются изолированными от других психических функций и не оказывают влияния на их развитие, как это происходит у их здоровых сверстников.

Можно констатировать, что по состоянию умственного развития дети с ДЦП представляют собой крайне разнородную группу, варьирующуюся от сохранного интеллекта до тяжелой степени интеллектуального недоразвития. Среди этих больных самую многочисленную группу (от 54 до 79,4%) составляют дети с задержкой психического развития (Калижнюк Э.С., Кириченко И.И.).

Представляет интерес исследование Т.А.Дворниковой (1978) выявляющее качественную характеристику задержки психического развития и ее уровней у детей 7-8 лет со спастической диплегией, как наиболее многочисленной группы больных ДЦП, при которой чаще всего (от 54% до 79,4%) диагностируют задержку психического развития. В основе дифференцированной классификации уровней ЗПР была положена степень выраженности нарушения зрительно-пространственного гнозиса, так как именно эти нарушения имеют место в среднем у 85% детей со спастической диплегией и могут быть единственными либо ведущими дефектами корковой деятельности, обуславливающие в дальнейшем снижение всей познавательной деятельности. Автором выделены

следующие группы детей с ДЦП по уровню проявления задержки психического развития:

1 уровень – характеризуется небольшим снижением объема знаний и нарушением самого высокого уровня организации зрительно-пространственного гнозиса и праксиса, вызывающего у детей трудности в освоении математики, семантики и сложных логико-грамматических конструкций.

2 уровень – зрительно-пространственные нарушения выражены четко, являются основным дефектом, но достаточно развитое логическое мышление помогает компенсировать данные нарушения. Отклонения в операциональном компоненте мышления отсутствуют. При обучении дети испытывают трудности в усвоении чтения, письма.

3 уровень – характеризуется тем, что основным дефектом также являются зрительно-пространственные нарушения, интеллект снижен, хотя качество его не нарушено, операциональная сторона мышления страдает в различной степени. Психоорганический синдром выражен четко.

4 уровень – характеризуется трудностью в дифференциации ведущего нарушения в структуре задержки психического развития: зрительно-пространственных нарушениях, основных сторон мышления или нарушения его предпосылок развития.

5 уровень – дети с выраженным психоорганическим синдромом, резко сниженной операциональной стороной мышления, а интеллектуальный дефект, хотя и не имеет качественных признаков, свойственных олигофрении, настолько глубок, что является соведущим в клинической картине при церебральном параличе.

Л.О.Бадалян с соавторами отмечают специфические проявления задержки психического развития в зависимости от формы детского церебрального паралича. Так, при спастической диплегии и гемипаретической форме в общей структуре задержки психического развития преобладает несформированность ряда высших корковых функций, в первую очередь пространственных представлений, оптико-пространственного гнозиса, конструктивного праксиса; при гиперкинетической форме в связи с частыми дефектами слуха — недостаточность вербального мышления, резко выражено нарушение памяти, внимания, умственной работоспособности; при атактической и особенно при атонически-астатической формах часто отсутствует произвольная регуляция деятельности, нарушена последовательность мышления. (Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В).

В начале XXI века увеличивается количество не только клинических, но и психолого-педагогических исследований, в которых отмечается

сложный механизм нарушений психического развития (И.И.Мамайчук,2000,2003;И.Ю.Левченко,2003;О.Г.Приходько,2003;О.В.Титова,2003;А.А.Гусейнова,2001;Г.В.Кузнецова,2000; С.В.Коноваленко,2006; Е.В.Устинова,2005; Ю.Ю.Белякова,2007, Е.А.Алексеева,2010). Указанные авторы отмечают своеобразные особенности развития детей с ДЦП, в которой сочетаются как двигательные, так и интеллектуальные нарушения. В последние годы уделяется все больше внимания изучению своеобразия мыслительной деятельности детей с церебральным параличом. Данная тенденция в специальной психологии возникла в связи с разработкой положения о независимости тяжести двигательной патологии и уровня развития мышления при церебральном параличе. Но практически отсутствуют экспериментальные исследования, позволяющие составить целостное представление об особенностях мышления у детей младшего школьного возраста с ДЦП.

Говоря о мышлении детей с церебральным параличом, следует отметить, что в основе его развития лежит неполноценное чувство отражения действительности и задержки речевого развития. Ряд исследователей (Э.С.Калижнюк,1972; И.И.Мамайчук, Е.Н.Бахматова,1983; Е.М.Мастюкова,1973,1976,1982 и другие) отмечают у детей с церебральным параличом инертность, недостаточную последовательность и целенаправленность мышления; недостаточность наглядно-действенного и отставание в формировании понятийного мышления.

Проведенное экспериментальное исследование Г.В.Туторской (1989), направленное на изучение пространственного мышления у учащихся с церебральным параличом показало, что значительные затруднения в пространственном мышлении обусловлены как специфическими особенностями их психической деятельности, так и недостаточной разработкой специальных приемов его формирования. Также большинство школьников с церебральным параличом испытывает трудности в создании образа и оперировании им: они не в состоянии долго удерживать возникающий образ, затрудняются мысленно его видоизменить. Причиной этому, по мнению автора, является нарушение пространственного восприятия, что определяет нарушения в создании образов и оперировании ими.

Исследование, проведенное Т.Е.Левицкой, Е.Н.Дмитриевой (2006), направленное на изучение гибкости мышления как условия повышения эффективности самореализации и социальной адаптации детей и подростков с диагнозом ДЦП, показало, что результаты данной группы детей значительно отличаются от нормы по показателям беглости и разработанности. Авторы отмечают, что, с одной стороны, такие результаты являются следствием ограниченных физических возможностей испытуемых, так как нарушение опорно-двигательного аппарата существенно сужает предметно-практическую деятельность ребенка. С

другой стороны, такие результаты могли явиться следствием недостаточной работоспособности детей с церебральным параличом и неспособности к длительному интеллектуальному напряжению. По показателям гибкости и оригинальности, обследуемые дети также имеют более низкие результаты по сравнению с нормативными, что определяется недостаточностью практической деятельности и социального опыта, коммуникативных связей с окружающими и отсутствием полноценной игровой деятельности у испытуемых. Так же ученые подчеркивают, что в группе подростков в диагнозом ДЦП все исследуемые показатели творческого мышления лишь незначительно выше, чем в группе детей младшего школьного возраста.

Характеризуя с точки зрения целенаправленной деятельности, мышление детей с ДЦП отличается соскальзыванием, склонностью к побочным ассоциациям, недостаточной последовательностью. Процесс мышления данной категории детей характеризуется конкретностью, трудностью формирования понятий, неумением переносить и обобщать знания.

В исследовании А.Г.Лапшиной (2008), направленном на выявление особенностей невербального творческого мышления детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, также отмечено, что уровень зрительного восприятия является важным регулятором развития мышления. У детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата автором выявлена прямопропорциональная связь показателей креативности мышления (беглости, гибкости, оригинальности) с развитостью функций зрительного восприятия и с работоспособностью ребенка (утомляемость).

Анализируя процесс мышления школьников с ДЦП при спастической диплегии, гемипаретической и гиперкинетической формах можно отметить присущие только данным формам церебрального паралича особенности, которые в своем клиническом исследовании выделяет Э.С.Калижнюк (1987). Так, при *спастической диплегии* с одной стороны наблюдается удовлетворительное развитие вербального мышления, способность к абстрагированию и обобщению (дети могут выделить ведущую линию в рассказе, передать смысл сюжетной картинки и установить причинно – следственные связи), с другой – отмечается недостаточное развитие наглядно – действенного мышления. Выполнение заданий, требующих речевого оформления не представляет для них особых трудностей. Вместе с тем возникают затруднения в заданиях на пространственную ориентировку. При *гиперкинетической форме* отмечается удовлетворительное развитие наглядно – образного мышления и недостатки вербального мышления. Дети с такой формой ДЦП могут успешно выполнять упражнения на классификацию картинок, предметов, но затрудняются при речевом оформлении ответа, иногда лишь называя действие или предмет. При *гемипаретической форме* важное значение

имеет сторонность поражения. Так, при правостороннем гемипарезе (поражение левого полушария) отмечается низкий уровень вербального мышления, трудности в составлении рассказов по сюжетной картине. Более сложная тенденция наблюдается при левостороннем гемипарезе (правополушарный дефект), что выражается в стойких нарушениях нейродинамических и регулятивных процессов высшей психической деятельности, к нарушениям как вербальных, так и невербальных функций. Вот поэтому, так остро и актуально стоит вопрос о необходимости дифференциации детей с церебральным параличом по уровню развития основных сторон мышления в зависимости от формы, сторонности поражения и тяжести двигательного дефекта для организации оптимального психолого-педагогического сопровождения в процессе обучения и социальной адаптации.

Как видно из литературного обзора в специальной психологии особенности мышления детей денной категории изучены, но не представлено целостного исследования, которое охарактеризовало специфику развития мышления в младшем школьном возрасте с учетом не только клинической формы заболевания, а также уровня интеллектуального и речевого развития, и сторонности поражения. Поэтому изучение особенностей развития мышления детей с церебральным параличом и разработка комплекса психокоррекционных занятий является важным и актуальным направлением в системе психолого-педагогических исследований.

Литература.

1. Бадалян Л.О., Журба Л.Т. Детские церебральные параличи. - Киев, 1988.
2. Калижнюк Э.С. Психические нарушения при детских церебральных параличах. – Киев, 1987.
3. Лапшина А.Г. Особенности невербального творческого мышления детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата // Вопросы психологии. – 2008. - №4
4. Левченко И.Ю. Психологические особенности подростков и старших школьников с ДЦП. – М., 2001.
5. Мамайчук И.И. Нейропсихологическое исследование гностических процессов у детей с различными формами детского церебрального паралича. // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1992. - №4
6. Мамайчук И.И. Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции. – СПб., 2000.
7. Мастюкова Е.М., Переслени Л.И., Певзнер М.С. Исследование структуры интеллектуальных нарушений у детей с церебральным параличом. // Дефектология. – 1989. - № 4.

8. Особенности умственного и речевого развития учащихся с церебральным параличом / Под ред. М.В.Ипполитовой. – М., 1989.
9. Семенова К.А., Мастюкова Е.М., Смуглин М.Я. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. - М., 1972.
10. Шипицина Л.М., Мамайчук И.И. Детский церебральный паралич. – СПб., - М., 2003.